

# Da lithiase biliar em cirurgia (\*)

pelo

**Prof. OCTACILIO ROSA**

**Cathedratico de Anatomia medico-cirurgica e operações**

Não nos occuparemos da etio-pathogenia de lithiase biliar. Outro é o nosso fim; mais restricto, porém mais pratico: o conceito therapeutico actual sob o ponto de vista cirurgico.

Não podemos, porém, deixar de assignalar os dois principaes factores, universalmente acceitos, na etio-pathogenia da lithiase biliar: infecção e extase de bilis.

Os órgãos contidos no quadrante superior direito do abdomen formam, por assim dizer — um verdadeiro systema biologico em que a transmissão pathologica é fatal em menos longo tempo, de um órgão para outro.

Não só a via sanguinea, venosa — mas principalmente a lymphatica coopera para tal determinismo morbido. As infecções da vesicula se transmittem aos canaes biliares, ao figado, ao pancreas.

Os tumores malignos do estomago apresentam metastases no aparelho biliar, na cabeça do pancreas, no figado. E a symptomatologia não só pela estreita visinhança dos referidos órgãos torna difficil muita vez a localisação da doença (adherencias entre a vesicula e o estomago, o duodeno) como

ainda pela inervação. De facto a vesicula é innervada pelo nervo phrenico D., pelo pneumo-gastrico D e pelo plexo celiaco. Assim a dôr na lithiase vesicular é sentida na metade D. do epigastro e no hombro D. A via de transmissão se faz pelo phrenico.

Os centros do estomago e do aparelho biliar (vesicula) estão situados no mesmo segmento medullar e por meio do vago se fazem semelhantes os seus reflexos viscerosensoriaes e visceros-motores. Dahi os disturbios gastricos (vomitos, dôres, regurgitação, etc) nas affecções calculosas da vesicula que muitas vezes desviam a attenção para o estomago, quando o verdadeiro órgão atacado é a vesicula.

Na lithiase vesicular com pequena irritação inflammatoria da vesicula, os symptomas são vagos e inconstestavelmente é difficil o diagnostico differencial entre lithiase e as affecções gastricas.

Podemos dizer que na clinica o melhor symptoma, aquelle que verdadeiramente nos guia é a dôr. Ora, tres casos pôdem surgir: 1.º — O doente não tem dôr. 2.º — Tem dôres atypicas. 3.º — Tem dôres caracteristicas.

(\*) Coferencia lida na Sociedade de Medicina em Junho corrente anno.

Nos primeiros, são antes disturbios gastricos, protheiformes — náuseas — vomitos — regurgitação — sensação de plenitude, gastralgias fugazes — constipação — enfim signaes de dyspepsia chronica — que se pôde ligar, ou a uma lesão organica do referido órgão ou mesmo a uma appendicite chronica. Em taes casos se faz mistér um estudo detalhado — minucioso do paciente desde a sua historia pregressa, de muita importancia — até o exame physico. E então, poderemos encontrar signaes que nos levarão para o bom caminho (dôr no ponto vesicular, pequena rigidez na parte superior do musculo recto anterior, reflexo viscero-motor este de grande valor, dôr á pressão nos ultimos espaços intercostaes etc). E mesmo tumor palpavel, vesicula cheia de calculos — como nesse caso, cujo diagnostico era de syphilis e que foi operado pelo Prof. Franco com o meu auxilio e cujo corpo de delicto era constituido por tres grandes calculos.

A concurrencia das duas doenças : lithiase vesicular e appendicite é hoje considerada fóra de dominio do acaso. Uma pôde produzir a outra, é facto admittido por quasi todos, taes são os documentos clinicos e experimentaes. Falta-nos sómente a identidade da responsavel. E por isso é regra que se deve observar — a exploração dos dois órgãos quando se laparotomisa um doente, em casos obscuros.

O que não resta duvida é que, quando o signal dôr não assume o character peculiar dos calculos do aparelho biliar — quando faltam os grandes signaes de localização, muitas vezes se torna difficil, sinão impossivel, o diagnostico exacto da lithiase biliar.

Quando os calculos vesiculares, em consequencia das contracções da vesicula, mercê da irritação inflammatoria produzida pela sua presença — penetram a pelvis ou o canal cystico, dois casos podem surgir :

1.º — Depois de ligeira parada nesses logares ou progidem e penetram sem maiores

difficuldades o duodeno, ou caem novamente na vesicula.

2.º — Pelo seu tamanho, pelas condições internas do cystico ahi permanecem, occasionando o que se chama a obstrucção cystica.

Nos dois casos temos a dôr typica, em fórmula de colica, sem hora determinada para o seu apparecimento, mas as mais das vezes determinada por uma irritação gastrica, por um esforço ; — com propagação para a linha mediana e para a espadua direita ; com espasmo diaphragmatico — impedindo as inspirações profundas, mercê dos nervos intercostaes, — dôr que dura horas e que cede como por encanto, quando o calculo se mobilisa, ou para o duodeno, ou para a vesicula.

E quando não ha engasgamento do calculo o doente volta ao seu estado anterior, muito em breve.

Quando ha obstrucção temporaria do cystico outros signaes apparecem. Entre elles não é raro um ligeiro augmento de temperatura explicavel por infecção in loco. A dôr localisada no ponto vesicular, a rigidez do m. recto se accentúa, mercê de peritonite localisada e até leve grão de ictericia se pôde apresentar — ou por absorpção dos pigmentos biliars da vesicula ou por compressão do hepatico.

Si a obstrucção permanece — a vesicula, que nestes casos é francamente pequena, augmenta de volume. Trata-se em geral de hydropisia vesicular, cuja origem depende como sabemos da estagnação biliar. Mais tarde, si ainda persiste a causa obstruente e em virtude da infecção commum em taes casos, ha uma transformação do quadro com apparecimento do empyema da vesicula. E apparecem os signaes de franca suppuração. E então, por entre as adherencias que se formaram, a vesicula se abre num órgão visinho, formando-se assim as fistulas. Mas, nem sempre a crise deste modo para a cavidade peritoneal termina, podendo a abertura se fazer dando origem a uma irradiação, com as suas consequencias.

Outras vezes, verdade que raramente, muitas feitas dependendo de uma disposição anatomica, em casos de lithiase silenciosa, em plena saude, se nos depara um caso de abdomen agudo. Aberto o ventre vae-se encontrar uma torsão da vesicula, ou uma perfuração por gangrena. Ha poucos dias o Prof. Falk referiu-me um caso em que foi feito o diagnostico de hernia estrangulada e em que aberto o peritoneo appareceu bilis — corpo de delicto duma perfuração vesicular. Outro caso conheço em que feito o diagnostico de occlusão intestinal — tratava-se de perfuração vesicular por gangrena.

Eis resumidamente os perigos eminentes a que está sujeito um portador de calculos vesiculares, afóra a obstrucção do choledoco.

São perigos immediatos, todos elles serios, pela duvida de sua terminação.

Outro, porém, ha e este, não pela duvida, mas pela certeza do seu fim — mais terrivel, mais de assombrar — o tumor maligno.

Em 1918 na cidade de New-York falleceram 2170 pessoas de tumor maligno. Destas — 191 tinham o tumor localizado nas vias biliares (10 %).

Diz Erdmann, meu ex-professor, que sempre encontrou calculos biliares nos tumores desta região.

Rockfuss assevera que em 70 a 90 % dos casos de carcinoma das vias biliares, calculos ali são encontrados, donde conclue a relação intima das duas affeições.

Qual o tratamento da lithiase vesicular e cystica ?

A nosso vêr o cirurgico. E as razões são as seguintes :

Não ha medicamento que dissolva os calculos já formados.

De maneira que o tratamento medico visa : 1º — a sedação do estado agudo — 2º — a desinfecção das vias biliares — 3º — o livre curso da bilis — 4º — corrigir os disturbios metabolicos.

O primeiro fim pôde ser conseguido, o segundo problematicamente, o terceiro auxi-

liando de *bôa vontade a natureza*, o quarto condemnando os pacientes a regimens varios.

Mas não nos é dado advinhar. Assim não podemos predizer sobre o apparecimento das complicações acima referidas.

Em materia de lithiase biliar estamos hoje como a respeito da appendicite.

A corrente vencedora é a intervencio-nista em se tratando de appendicite, porque não se pôdem prevêr os accidentes pela conservação dum appendice lesado. Porque não se adoptar o mesmo criterio a respeito da lithiase vesicular e cystica ?

Porque se manter este estado de perigo latente nos portadores de calculos vesiculares e cysticos ?

— Por medo dos resultados letaes operatorios ? Devemos dizer que as peiores estatisticas dão uma mortalidade operatoria de 2 %. Não conheço as estatisticas de tratamento medico...

— Porque ha duvidas, sobre a cura da lithiase por meio duma operação ?

Uma das maiores estatisticas que conheço, a dos Irmãos Mayo, é concludente, não sendo necessarios mais argumentos. Em 1500 casos só teve uma recurrencia.

E note-se que a opinião, de que as recurrencias nas cholecystectomias são devidas à formação de novos calculos nos remanescentes do cystico ou da vesicula (Walters), é contrariada por Specht e muitos outros que attribuem a calculos deixados pelo cirurgião as novas manifestações da molestia.

— Porque se inutilisará um órgão cujas funções pôdem ser necessarias ao organismo ?

A questão da physiologia da vesicula biliar tende a se resolver, não porque a experimentação tenha chegado a catalogar com *certeza* a função ou funções da vesicula, mas porque a cirurgia tem demonstrado ser ella um órgão de pouca valia no organismo, pois, após a sua retirada não têm surgido perturbações della dependentes.

E' interessante e não posso me furtar a um pequeno resumo das diversas theorias que têm sido lembradas com o fim, a nosso vêr theorico, de combater a cholecystectomia.

Hutchinson e seus alumnos comparam a vesicula biliar ao appendice vermiforme. E' um órgão em involução. Não existe em muitos animaes : cavallo—rato—veado etc.

Para alguns é um simples reservatorio. Para outros, e é a theoria mais espalhada, é um regulador do fluxo biliar. No entanto contra esta theoria existe a opinião de Rost, isto é, ser o fluxo biliar regulado pelo esphincter de Oddi, podendo ser a chegada da bili no intestino continua ou intermitente.

Mann, estudando o esphincter de Oddi chegou á conclusão de que os animaes possuidores de vesicula têm um esphincter que resiste a pressão de 100 mm. de agua - ao passo que nos desprovidos desse órgão o esphincter não supporta mais de 30.

Ora esta conclusão, favoravel á opinião de Rost—vem a nosso vêr explicar o motivo da dilatação inconteste dos canaes biliares depois da cholecystectomia.

Outros querem vêr na vesicula um papel regulador da pressão da bilis e do succo pancreatico.

Alem de argumentos de ordem physica contrapostos a esta theoria que indubitavelmente daria, a ser verdadeira, o golpe de morte na cholecystectomia — um unico basta, de ordem pratica, para invalidal-a : — nas resecções da vesicula, em casos em que ha evidente infecção do meio, são excepções as pancreatites.

Será um órgão que secreta ? Lee julga existir uma hormona que actua sobre a função pancreatica — mas não pode provar-o.

Pondo de parte uma hypothetica secreção interna, o que se vê é ser a bilis provinida do figado e a da vesicula, identicas qualitativamente.

E' verdade que ha uma differença entre a bilis destas duas origens : -- a da vesicula é muito mais concentrada. Harer e

outros lhe dão este papel concentrador da bilis, mercê de sua rêde lymphatica. E dizem mais que a sua camada muscular é muito fraca para que normalmente ella se contraia, dando á compressão exercida pelos órgãos visinhos, á acção sugadora do duodeno — a principal causa do seu esvasiamento.

Do que ficou dicto resalta que a physiologia desse órgão não é ainda conhecida, e si o é, sómente em parte.

Para mim, cimentando o conceito de Hutchinson existem tres factos, cuja veracidade é inconteste :

1.<sup>o</sup> — Ha animaes (giraffa) em que é commum se encontrar, ou ausencia da vesicula ou a presença de uma e até de duas.

2.<sup>o</sup> — Huschke em 1845 — cita 11 casos de ausencia de vesicula no homem — verificados na meza de autopsias e depois deste, como diz Poirier, um numero quasi igual a casos têm sido relatados.

3.<sup>o</sup> — Ausencia de signaes comprobatorios da sua falta, depois das cholecystectomias.

Assim, pois, si é por temor de interferir na dynamica biologica que se não indica a intervenção na lithiase biliar — parece-me fraquissimo o motivo.

Da argumentação que vimos fazendo resalta a conclusão seguinte : Na lithiase vesicular e cystica o tratamento cirurgico deve ser indicado immediatamente, como o é na appendicite.

E' preciso que se diga, só ha uma contra indicação : o máo estado do doente, em virtude de lesões em algum dos principaes aparelhos. Neste caso deve-se antes preparar o paciente para o acto cirurgico.

Larga incisão (Bevan, Kocher, Erdmann) que facilite a abordagem das vias biliares, posição especial do doente, noci-association, anesthesia pelo ether quando não se dispõe de proto-oxido de azoto, traumatizar o menos possivel os tecidos, especialmente o hepatico — são requisitos geraes a toda a intervenção sobre as vias biliares.

Ao cirurgião compete, segundo o caso, escolher o melhor processo operatorio.

Não havendo estenose do choledoco, grandes adherencias, que prolonguem e dificultem a operação é incontestavelmente (Erdmann, Moore, Judd, Kehr,) a cholecystectomy a melhor therapeutica operatoria, por ser radical.

De facto, supprime a fonte dos calculos, retira o foco de infecção, diminue as probabilidades de adherencias post-operatorias, que podem deformar, implicando em perturbação funcional, o estomago, o duodeno etc.

Quer-me parecer que tal processo tem soffrido os embates da critica, por ter ocasionado lesões operatorias de órgãos vizinhos: resecção da junção do cystico com o hepato-choledoco — secção ou ligadura do hepatico e do choledoco.

Para se evitar taes accidentes deve-se dissecar com o maior cuidado a junção do cystico com o canal hepato-choledoco, e sempre lembrar a possibilidade de anomalias, quando ás cegas se colloca um *clamp* naquillo que julgamos ser o cystico.

Outras vezes, no se fazer a hemostasia preliminar, isto é, a ligadura da art. cystica, pôde-se correr o risco de lesar a arteria hepatica e mesmo um dos canaes. O mesmo conselho anterior deve-se repetir.

Cirurgiões ha, que fazem, para evitar taes accidentes — o descolamento da vesicula, partindo do fundo, isto é, de diante para tras.

Um inconveniente existe nessa pratica que é o traumatismo do tecido hepatico, pois o ponto de *clivagem* é difficil de se encontrar.

Não se deve fazer, como já dissemos, a cholecystectomy, quando o doente tem obstrução do choledoco, por estenose.

Mayos — fazem systematicamente tal operação quando se trata de calculo no cystico, por temor de futura estenose deste canal.

Quando não se pôde fazer a cholecyste-

ctomia, recorre-se á abertura da vesicula, á retirada dos calculos ou calculo, catheterisa-se os canaes, o que deve sempre ser feito mesmo na cholecystectomy. Depois fixa-se a vesicula a um tubo de borracha que sahe do ventre por um dos angulos da ferida operatoria. E' a cholecystostomia, operação que pôde ser chamada de urgencia, pois, tem por fim esvaziar a vesicula do seu conteudo septico, mantendo a drenagem das vias superiores, e tendo applicações mais importantes, mais justas na lithiase do choledoco quando ha difficuldade no descobrir tal conducto e o estado do paciente é máo.

Quando se trata de caso sem neuha complicação e com vesicula perfeitamente sã — pôde-se tentar e alguns são vehementes partidarios della (Willis) a cholecystectomy — isto é, a abertura da vesicula — a retirada do calculo ou calculos e em seguida a sutura de sua parede.

Passemos á segunda parte deste trabalho, isto é, aos calculos no canal choledoco, quando parados no seu curso para o intestino. Dois são os pontos predilectos para a sua parada: na borda superior da porção retro-duodenal e na ampola de Vater.

Podemos dizer que clinicamente os signaes são os mesmos.

A dôr, sob a fórma de colica — se pôde confundir com a da ulcera gastrica ou duodenal. A' palpação o ponto choledoco é doloroso, e abaixo das falsas costellas, n'uma linha que vae da cicatriz umbilical a apophyse coracoide do lado direito, o doente accusa dôr.

A propagação della ás vezes tambem se faz para baixo, o que torna possivel a confusão com a colica renal.

Outras vezes se localisa no epigastro, o que faz ser confundida com a da pancreatite aguda.

E o signal de Friedmann não falta.

A vesicula biliar, via de regra é pequena, quando o calculo se localisa na porção supra duodenal, sendo volumosa quando sua séde é na ampola, como acontece na obs-

tracção do choledoco por tumor na cabeça do pancreas, (signal de Courvoisier). Diz Mayo que este signal é verdadeiro em 25 % dos casos.

A quem procura interpretal-o é elle paradoxal, para não dizer inexplicavel.

No entanto é uma noção anatomica a responsavel por elle.

De facto o canal cystico se une ao hepato-choledoco, caminhando parallelamente a elle, indo se abrir em ponto que fica atraz do duodeno; de maneira que o ponto de abertura verdadeiro fica abaixo do logar apparente.

E assim não existe a porção supro-duodenal do cholodoco, ou se existe é muito pequena. Os calculos que nos parece estarem no choledoco por ficarem abaixo da abertura (apparente) do cystico no canal commun estão na verdade no canal hepatico, não podendo assim determinar pela obstrucção deste conducto o enchimento da vesicula.

O signal mais importante, que com suas consequencias se torna excessivamente perigoso é a ictericia, chamada de retenção.

Podemos dizer que em 50 % dos casos de ictericia, esta é devida a calculos obstruindo choledoco,

Ella é produzida pela absorpção dos pigmentos biliares. A sua presença no sangue é demonstrada por diversos meios.

Em geral o quadro clinico, o passado do doente fazem suppôr, ou nos leva ao diagnostico de obstrucção. Vezes, porém, ha, em que o clinico fica exitante na determinação do agente causador da ictericia.

Meltzer chegou por diversas provas á conclusão de que o sulfato de magnesia em solução, posto em contacto com o esphincter de Oddi, produz a sua dilatação, e que pela lei da «inervação contraria», o aparelho biliar se esvasia. Lyon partindo dessa premissa ideou o processo que foi denominado «tubagem do duodeno». Por meio de tubo que se introduz pela bocca do paciente e é levado até o duodeno, depois da sucção do conteudo duodenal — in-

jectam-se 50 a 100 cc. duma solução de sulfato de magnesia a 20 %.

Depois de alguns minutos, faz-se novamente sucção obtendo 4 amostras : a) solução injectada — b) bilis do canal choledoco — c) bilis da vesicula — d) bilis hepatica.

Lyon aconselha o seu methodo para o diagnostico das diversas molestias das vias biliares e mesmo para tratamento. Este methodo que é theoreticamente viavel — na pratica tem sido vivamente criticado. Cutler e Newton em trabalho de 1922 chegam ás conclusões : 1º) não está provada a lei da inervação contraria no aparelho biliar.

2º — os especimens obtidos resultam da syphonagem.

3º — não se pôde confiar nos seus resultados.

Sob o ponto de vista pratico a ictericia tem grande importancia, determinando uma verdadeira doença do meio circulante.

De facto — o tempo da coagulação do sangue dos ictericos é maior. Dahi a facilidade das hemorragias maximé, nos actos operatorios.

Como regra pratica dizemos que com um tempo até 10 minutos pôde-se tentar a intervenção. Acima desta cifra o doente precisa ser preparado.

Procedamos por partes — Como se verificar o tempo de coagulação ? Bogg pica a orelha do paciente e observa o tempo da coagulação da gotta.—See e Vincent recolhem 1 c.c. de sangue venoso em tubo fervido em sôro artificial e observam o tempo de sua coagulação. Qualquer dos processos é sufficiente. Na clinica dos Mayos prefere-se o segundo.

Por que mecanismo esse processo augmenta o tempo de coagulação ? Uma das explicações tentadas é a da fusão dos pigmentos biliares com o calcio. Dahi o aconselhar-se o uso de chlorureto de calcio para remediar o mal. Mas, por via gastrica ficou demonstrado ser elle absorvido em

dose mui pequena, não dando os resultados esperados.

Walters usa actualmente, sem accidentes, a via endovenosa, injectando de cada vez de 5 a 10 cc. duma solução de chlorureto de calcio em agua bi-distillada a 10 %. Tem-se usado outros meios: thyroidina, sôro de cavallo, mas os resultados melhores são obtidos pela transfusão de sangue. Por isso, não é demais, embora não exista grande augmento do tempo de coagulação, fazer-se antes e depois do acto operatorio a transfusão sanguinea.

Os pigmentos biliares se unindo ao calcio e ao sodio são mais toxicos do que isoladamente (Stewart). A sua eliminação se faz pelos rins. Por isso muitas vezes ficam elles insufficientes em virtude de nephrita toxica.

E a morte de muitos doentes corre por conta da falta desse emunctorio. Por isso a dosagem de uréa antes e depois da cura operatoria se faz mister, maximé, quando o exame de urinas revela a presença de elementos figurados.

Dar ao doente agua em abundancia; regimen apropriado; sôro glycosado por via sub-cutanea, até 3.000 grs. em 24 horas são meios necessarios ao restabelecimento ou antes á prophylaxia de tal accidente.

A cellula hepatica já disturbada na sua função biliar, soffre ainda o ataque da infecção sempre correlata nos casos de obstrucção choledoca. A cholemia por si só difficulta, além da função defensiva — a metabolica do figado. Ha hypoglycemia — ha deficit no assucar hepatico e si este estado persiste por algum tempo o doente morre por exaustão.

Augmentar os hydro-carbonados, facilitar a oxygenação do meio interno, manter os rins permeaveis, combater a deshydratação dos tecidos, evitar os toxicos: chloroformio, ether e principalmente morphina devem ser as preocupações do medico e do cirurgião.

Nos casos de ictericia profunda, com compromettimento dos aparelhos hepatico e

renal, as intervenções sobre as vias biliares, como qualquer outra operação, são de excessiva gravidade.

Mas urge procedel-a, a menos que signaes outros justifiquem uma expectação armada, é verdade, que por muito pouco tempo (24 a 48 horas, Erdmann). Um desses signaes é a lentidão do pulso.

Ha pouco tempo, tivemos um caso typico de obstrucção do choledoco. Havia ictericia profunda, infecção ascendente concommittante, augmento do figado e da vesicula biliar, fezes descoradas em absoluto, pulso de accordo com a temperatura, urinas abundantes e sem elementos figurados, conta leucocytaria indicando suppuração — sensorio magnifico. Contra-indiquei a intervenção immediata.

Dois dos nossos mais distinctos collegas, chamados tambem em conferencia, accordaram na expectação. Dentro de 24 horas, após a nossa conferencia o doente teve grande descarga intestinal de bilis, sendo desde então progressivas as suas melhoras.

Lembramos ao paciente, nessa occasião, a necessidade de se fazer operar logo após o seu completo restabelecimento. Aceitou de bôamente esta idéa... mas até hoje continua a ser possuidor de vesicula, provavelmente contendo calculos e infectada — uso talvez de alguma panacéa até nova crise.

O pancreas por uma disposição anatomica, abertura do seu canal excretor na ampola de Vater, póde por um calculo ahi situado ser compromettido. De facto a bilis sob pressão póde entrar pelo canal de Wirsung — despertando um ataque a pancreatite aguda.

Mas não só por esse meio, como ainda por via lymphatica se póde dar a contaminação do pancreas. E quando no decurso da obstrucção do choledoco o doente apresentar vomitos repetidos, pulso rapido e fraco, cyanose ou lividez da pelle, dôr violenta no epigastro, deve-se pensar em pancreatite aguda — a mais.

Si ha um processo de cholecystite, que póde ser phlegmonosa, gangrenosa — está o doente sujeito ou a uma fistula providencial para o intestino ou estomago — ou a peritonite generalisada.

—  
O outro grande symptoma das oclusões calculosas do choledoco é a infecção das vias biliares extra e intra-hepaticas.

E a febre seu symptoma inicial — discreta a principio — ao attingir a infecção as vias biliares intra-hepaticas, onde a absorpção se faz velozmente — toma a frente dos signaes alarmantes sóbe a 40.º e mesmo mais, é acompanhada de calafrios e suores abundantes, tomando o aspecto das septicemias.

—  
E o cirurgião que nos casos de calculos vesiculares e cysticos indica sempre a operação — fica oscillante em sua propria consciencia no assumir a responsabilidade de taes casos.

Qual a therapeutica cirurgica indicada?

Nos pouco graves, a choledocotomia seguida de drenagem ou a cholecystostomia. Alguns aconselham de preferencia a cholecystectomy em vez de cholecystostomia.

Nos casos graves, nos quaes a desobstrucção do choledoco póde ser demorada, deve-se fazer a operação em dois tempos — 1.º a cholecystostomia ou a cholecystogastrostomia — 2.º a choledocotomia.

—  
Em fim só depois de aberto o ventre o cirurgião póde optar por este ou aquelle processo.

—  
Ao terminar, seja-nos licito dizer que se deve preferir ao tratamento medico a therapeutica cirurgica na lithiase biliar, guardando em mente que como na appendicite aguda, quanto mais cedo se intervier melhor para o doente.



## ERRATA

- Pag. 85 — Onde se lê : em menos longo tempo... Leia-se : em tempo mais ou menos longo.
- Pag. 86 — Onde se lê : Mas nem sempre a crise deste modo para a cavidade peritoneal termina, podendo a abertura se fazer dando origem a uma irradiação, com as suas consequências... leia-se : Mas nem sempre a crise deste modo termina, podendo a abertura se fazer para a cavidade peritoneal, dando origem a peritonite generalizada, com as suas consequências.
- Pag. 88 — Onde se lê : noci-association... leia-se : anoci-association...
- Pag. 89 — Onde se lê : catheterisa-se... leia-se : catheterisam-se...
- Pag. 89 — Onde se lê : pôde-se tentar e alguns são vehementes partidarios della (Willis) a cholecystectomy...leia-se : pôde-se tentar e alguns são vehementes partidarios della (Willis) a cholecystotomy...
- Pag. 91 — Onde se lê :—uso talvez... leia-se :—em uso talvez...
- Pag. 91 — Onde se lê :—canal excretor... leia-se : canal excretor...
- Pag. 91 — Onde se lê : a pancreatite... leia-se : de pancreatite...